



**ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) KATEGORI PASIEN
GINEKOLOGI ONKOLOGI DI ICU & HCU RSUP Dr.
KARIADI SEMARANG
PERIODE FEBRUARI 2010 – FEBRUARI 2012**

**LAPORAN HASIL
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian hasil karya tulis ilmiah
mahasiswa program strata-1 kedokteran umum**

**MONICA ARIANI P. D
G2A008116**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
2012**

LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI

**ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) KATEGORI PASIEN GINEKOLOGI
ONKOLOGI DI ICU & HCU RSUP Dr. KARIADI SEMARANG
PERIODE FEBRUARI 2010 – FEBRUARI 2012**

Disusun oleh

**MONICA ARIANI P.D
G2A008116**

Telah disetujui

Semarang , 26 Juli 2012

Penguji

Pembimbing

dr. Heru Dwi Jatmiko, SpAn, KAKV, KAP
19620718 198911 1002

dr. Jati Listiyanto Pujo, SpAn. KIC
19610915 198912 1001

Ketua Penguji

dr. Akhmad Ismail, Msi, Med
197108281 99702 1001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama mahasiswa : Monica Ariani P. D
Nim : G2A008116
Alamat : Jalan Kintelan Baru 53A Semarang
Program Studi : Program Pendidikan Sarjana Program Studi
Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
Judul KTI : Angka Kematian Ibu (AKI)
Kategori Pasien
Ginekologi Onkologi Dirawat di ICU DAN HCU
Rumah Sakit Karyadi Semarang Periode
Februari 2010 – Februari 2012

Dengan ini menyatakan bahwa :

- 1) KTI ini ditulis sendiri tulisan asli saya sendiri tanpa bantuan orang lain selain pembimbing dan narasumber yang diketahui oleh pembimbing
- 2) KTI ini sebagian atau seluruhnya belum pernah dipublikasi dalam bentuk artikel ataupun tugas ilmiah lain di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain
- 3) Dalam KTI ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai rujukan dalam naskah dan tercantum pada daftar kepustakaan

Semarang, 26 Juli 2012
Yang membuat pernyataan,

Monica Ariani P. D

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan tugas Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Kami menyadari sangatlah sulit bagi kami untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaikannya laporan hasil Karya Tulis Ilmiah ini. Bersama ini kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Rektor Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk menimba ilmu di Universitas Diponegoro
2. Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP yang telah memberikan sarana dan prasarana kepada kami sehingga kami dapat menyelesaikan tugas ini dengan baik dan lancar
3. dr. Jati Listiyanto Pujo, SpAn. KIC selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing kami dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Dr. Akhmad ismail M. Si. Med , selaku ketua penguji laporan hasil penelitian.
5. Dr. Heru Dwi Jatmiko, Sp.An. KAKV, selaku penguji Laporan Hasil Penelitian.

6. Staf bagian instalasi rekam medik dan HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang, atas bantuannya dalam pelaksanaan penelitian di bagian Rekam medik RSUP Dr.Karyadi Semarang.
7. Orang tua beserta keluarga kami yang senantiasa memberikan dukungan moral maupun material
8. Para sahabat yang selalu memberi dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Ini
9. Serta pihak lain yang tidak mungkin kami sebutkan satu-persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga Karya Tulis ini dapat terselesaikan dengan baik

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran saya harapkan demi perbaikan karya akhir ini. Semoga apa yang tertulis dalam naskah ini mampu menunjang kemajuan dalam bidang ilmu kedokteran dan memberikan manfaat bagi pembaca dan yang memerlukan. Akhirnya, semoga Allah senantiasa memberikan berkat dan rahmat yang berlimpah bagi kita semua

Semarang, 26 Juli 2012

Monica Ariani P. D

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GRAFIK	x
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.1 Tujuan khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Ginekologi Onkologi.....	7
2.1.1 Definisi Ginekologi Onkologi	7
2.1.2 Klasifikasi Ginekologi Onkologi	7
2.1.3 Komplikasi Ginekologi Onkologi	8
2.2 ICU	10
2.2.1 Definisi ICU	10
2.2.2 Kemampuan Minimal ICU	11
2.2.3 Klasifikasi Pelayanan ICU	11
2.2.4 Prosedur Pelayanan ICU	12
2.2.5 Indikasi Masuk & Keluar ICU	13
2.2.6 Kontinuitas Pelayanan ICU	16
2.3 HCU	16

2.3.1 Definisi HCU	16
2.3.2 Tipe HCU	17
2.3.3 Pelayanan HCU	17
2.3.4 Ketenagaan HCU	19
2.3.5 Indikasi Masuk & Keluar HCU	19
2.3.6 Alur Pelayanan HCU & ICU	20
BAB 3 KERANGKA TEORI DAN KONSEP	21
3.1 Kerangka Teori	21
3.2 Kerangka Konsep	22
BAB 4 METODE PENELITIAN	23
4.1 Ruang Lingkup Penelitian	23
4.1.1 Ruang lingkup ilmu	23
4.1.2 Ruang lingkup tempat	23
4.1.3 Ruang lingkup waktu	23
4.2 Jenis Penelitian	23
4.3 Metode dan Sampel Penelitian	24
4.3.1 Populasi Target	24
4.3.2 Populasi Terjangkau	24
4.3.3 Data	24
4.4 Prosedur Penelitian	24
4.4.1 Jenis Data	24
4.4.2 Cara Pengumpulan Data	25
4.5 Cara Pengolahan dan Analisis Data	25
4.6 Definisi operasional	26
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	28
5.1 Deskripsi pasien berdasarkan diagnosis penyakit.....	29
5.2 Deskripsi pasien berdasarkan indikasi masuk.....	30
5.3 Deskripsi pasien berdasarkan umur.....	33
5.4 Deskripsi pasien berdasarkan alamat asal.....	34
5.5 Deskripsi pasien berdasarkan penggunaan ventilator.....	35
5.6 Deskripsi pasien berdasarkan lama ventilator.....	36

5.7 Deskripsi pasien berdasarkan lama hari rawat.....	37
5.8 Deskripsi pasien berdasarkan jenis pembiayaan.....	38
5.9 Deskripsi pasien berdasarkan penyebab kematian.....	39
5.10 Deskripsi pasien berdasarkan APACHE score.....	40
BAB 6 PEMBAHASAN.....	42
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	48
DAFTAR PUSTAKA	49
Lampiran Form Data Survei Penelitian.....	51

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi sampel secara umum	27
Tabel 2. Distribusi sampel menurut diagnosis penyakit	28

Tabel 3. Distribusi sampel menurut indikasi penyakit.....	30
Tabel 4. Distribusi sampel menurut usia.....	32
Tabel 5. Distribusi sampel menurut alamat asal.....	33
Tabel 6. Distribusi sampel menurut pemakaian ventilator.....	34
Tabel 7. Distribusi sampel menurut lama pemakaian ventilator	35
Tabel 8. Distribusi sampel menurut lama hari rawat	36
Tabel 9. Distribusi sampel menurut jenis pembiayaan	37
Tabel 10. Distribusi sampel menurut APACHE score	40

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Distribusi sampel secara umum	27
Grafik 2. Distribusi sampel menurut diagnosis penyakit	29

Grafik 3. Distribusi sampel menurut indikasi penyakit	31
Grafik. Distribusi sampel menurut usia.....	32
Grafik 5. Distribusi sampel menurut alamat asal	33
Grafik 6. Distribusi sampel menurut pemakaian ventilator	34
Grafik 7. Distribusi sampel menurut lama pemakaian ventilator.....	35
Grafik 8. Distribusi sampel menurut lama hari rawat.....	36
Grafik 9. Distribusi sampel menurut jenis pembiayaan.....	37
Grafik 10. Distribusi sampel menurut penyebab kematian	39
Grafik 11. Distribusi sampel menurut APACHE score	41

ABSTRAK

Latar belakang : Pemerintah sangat mengharapkan adanya penurunan yang bermakna dari angka kematian ibu yaitu untuk mengetahui pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2015

Tujuan : Mengetahui atau mendapatkan data mengenai angka kematian ibu (AKI) kategori pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RSUP Dr.

Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012 dan mendeskripsikan distribusi hal-hal yang diperkirakan berpengaruh terhadap angka kematian ibu (AKI).

Metode penelitian : Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif* dengan menggunakan data sekunder dari rekam medik HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang.

Hasil : Didapatkan sampel sebanyak 47 orang. Pasien keluar mati sebanyak 12 orang (25,53%) diantaranya 10 orang mati karena sepsis. Distribusi menurut usia didapatkan terbanyak pada kelompok umur > 50 tahun sejumlah 19 orang (40,4%). Distribusi menurut diagnosis penyakit paling banyak terjadi adalah Ca ovarium sebanyak 60 orang (29,8%). Berdasarkan Indikasi masuk paling banyak pada kasus Post optimal debulking dengan sepsis sebanyak 9 orang (19,15%). Distribusi menurut penggunaan ventilator didapatkan pasien keluar mati terbanyak yaitu 8 orang . Pasien yang keluar mati dengan lama penggunaan ventilator > 2 hari yaitu berjumlah 5 orang . Untuk lama hari rawat, pasien keluar mati paling banyak yaitu > 2 hari perawatan sejumlah 7 orang. Jenis pembiayaannya, paling banyak memakai pembiayaan pribadi, yaitu sebanyak 25 (53,2%) orang. Dan APACHE score terbanyak yaitu skor 10-14 sebanyak 20 orang (42,5%).

Kesimpulan : Hasil penelitian selama Februari 2010 – Februari 2012 didapatkan 47 kasus ginekologi onkologi yang dirawat di HCU / ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang, 12 orang (25,53%) keluar mati.

Kata kunci : Angka kematian ibu, pasien ginekologi onkologi, HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi.

ABSTRACT

Background : The government is expecting a significant fall in the mortality of mothers to achieve the 2015 MDG's goals.

The aim : To know and obtain the data related to mothers mortality for gynecology oncology patients treated in HCU/ICU in Dr. Karyadi hospital

Semarang from February 2010 – February 2012 and describe the distribution of factors that are believed to influence the number of mothers mortality.

Method : This is a descriptive research using secondary data from medical record in HCU/ICU in Dr. Karyadi hospital Semarang

Result : We receive the sample of 47 patients. The dead patients reached 12 people (25,5%) which ten of them died because of sepsis. Based on the age category, the highest number is for age over 50 years old reaching 19 people (40,4%). Based on the illness diagnose the highest number is due to Ca ovarium reaching 60 people (29,8%). Based on the indications the highest number of case is post optimal debulking with sepsis up to 9 people (19,15%). Based on the use of ventilator, the highest number of dead patients is 8 people. Five patients who died after being treated with ventilator up to 2 days is 5 people. For the days of treatment, the highest number of dead patients is 7 people who were treated for 2 days. The most type of payment is personal payment, which is from 25 people (53,2%). And the most of APACHE score is 10 – 14, which is from 20 people (42,5%).

Conclusion : Based on the record obtained from February 2010 to February 2012 there were 47 cases of gynecology oncology in HCU ICU of Dr. Karyadi hospital Semarang. From that number there was 12 people (25,53%) dying after treatment.

Keyword : The number of mothers mortality, patients of gynecology oncology in HCU/ICU in Dr. Karyadi hospital Semarang.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian ibu masih menjadi tantangan utama di dunia, tak terkecuali di Indonesia. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam *Millennium Development Goals* (MDGs 2015) yaitu tujuan ke 5 yang meliputi meningkatkan kesehatan ibu serta mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua perempuan dimana target yang akan dicapai dari tahun 1990 sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai $\frac{3}{4}$ resiko jumlah kematian ibu.¹

Hasil survei yang dilakukan Angka kematian ibu (AKI) telah menunjukkan penurunan dari waktu ke waktu, namun demikian upaya untuk mewujudkan target tujuan pembangunan millenium masih membutuhkan komitmen dan usaha keras yang terus menerus.¹ Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan reproduksi perempuan menjadi faktor penentu angka kematian, meskipun masih banyak faktor yang harus diperhatikan untuk menangani masalah ini.

Salah satu masalah kesehatan reproduksi ibu yang merupakan faktor penyebab dari kematian ibu adalah di bidang Ginekologi Onkologi.

Secara umum ginekologi adalah ilmu yang mempelajari kewanitaan. (science of women). Namun secara khusus adalah ilmu yang mempelajari dan menangani kesehatan alat reproduksi wanita (organ kandungan yang terdiri atas rahim, vagina dan indung telur).⁵ Sedangkan Onkologi adalah ilmu tentang neoplasma (tumor).⁵

Berdasarkan pertumbuhannya ,tumor digolongkan bersifat jinak dan tumor ganas atau yang disebut sebagai kanker.² Namun demikian baik jinak maupun

ganas merupakan masalah bagi kesehatan reproduksi wanita dan dapat berpotensi terjadi komplikasi serta memungkinkan terciptanya prognosis buruk yang mengancam jiwa ibu.

Keganasan stadium lanjut , adanya komplikasi penyakit ,serta komplikasi pasca bedah operasi tumor sering mengakibatkan terjadinya keadaan gawat darurat bagi pasien ginekologi onkologi . Dalam kondisi kritis, gelisah, serta lemah, pasien harus segera mendapatkan perawatan intensif di rumah sakit. Pasien ginekologi onkologi yang masuk ke *Intensive Care Unit* (ICU) dapat berasal dari Unit Gawat Darurat, Kamar Operasi, Ruang Perawatan, ataupun kiriman dari Rumah Sakit lain.

Intensive Care Unit (ICU) adalah salah satu pelayanan yang sentral di rumah sakit yang merupakan bagian dari rumah sakit yang terpisah, dengan staf khusus dan perlengkapan yang khusus, yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa. ⁴

Intensive care mempunyai 2 fungsi utama yaitu: melakukan perawatan pada pasien-pasien gawat darurat dengan potensi “*reversible life threatening organ dysfunction*” dan mendukung organ vital pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi yang kompleks elektif atau prosedur intervensi dan risiko tinggi untuk fungsi vital. ⁴

Untuk efektivitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) , maka dikembangkan *High Care Unit* (HCU). High fungsi utamanya

menjadi unit perawatan-antara bangsal rawat dan ICU. Di HCU tidak diperlukan peralatan canggih seperti ICU, yang diperlukan utamanya adalah kewaspadaan yang lebih tinggi.⁴

Ditekankan bahwa *Intensive Care Unit* (ICU) bukan tempat merawat pasien pasien kasus terminal, atau dengan kata lain bukan bandar udara untuk memberangkatkan pasien ke alam baka. Namun demikian angka mortalitas di ICU memang banyak.

Berdasarkan *Millennium Development Goals* (MDGs) No. 5 2015 yang dilatar belakangi oleh masih tingginya angka kematian ibu, dibutuhkan data / informasi yang dapat dipercaya mengenai AKI sebagai dasar dalam perencanaan dan kajian kemajuan MDGs 2015.¹ Oleh sebab itu sangat diperlukan data angka kematian ibu kategori pasien obstetri-ginekologi ditiap-tiap rumah sakit.

Dalam penelitian ini, penulis ingin mengetahui angka kematian ibu kategori pasien ginekologi onkologi yang dirawat intensif di HCU dan ICU RS Karyadi Semarang. Sehingga akan didapatkan data valid yang berguna sebagai indikator untuk perhitungan AKI, serta membuktikan dan menilai apakah pelayanan kesehatan di ICU dan HCU RS Karyadi Semarang sudah efektif dan efisien. Karena baik buruknya pelayanan kesehatan di ICU dan HCU secara tidak langsung akan menggambarkan bagaimana sebenarnya mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut.

1.2 Perumusan Masalah

Dengan berdasarkan latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut:

“Berapa angka kematian ibu kategori pasien ginekologi onkologi yang dirawat di ruang *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Karyadi Semarang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui atau mendapatkan data mengenai angka kematian ibu (AKI) kategori pasien ginekologi onkologi yang dirawat di RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai usia pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.2 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai indikasi masuk pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.3 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai diagnosis penyakit pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.4 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai penggunaan ventilator pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.5 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai lama pemakaian ventilator pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.6 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai lama hari perawatan pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.7 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai penyebab kematian pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.8 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai alamat asal pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.9 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai jenis pembiayaan pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.3.2.10 Untuk mengetahui dan mendapatkan data mengenai jenis pembiayaan pada pasien ginekologi onkologi di ICU dan HCU RSUP dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Sebagai data di RS Dr. Karyadi Semarang khususnya di ruang *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU)
2. Dengan data angka kematian ibu yang diperoleh, dapat dijadikan perwakilan data sebagai indikator untuk menilai kebijakan penurunan angka kematian ibu dalam mencapai *Millennium Development Goals* (MDGs) 2015.
3. Sebagai acuan untuk Rumah sakit Dr. Karyadi Semarang dalam meningkatkan pelayanan dan perawatan di ruang *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU) untuk mengurangi angka kematian ibu yang terjadi.
4. Dapat menjadi data acuan untuk penelitian yang lebih lanjut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ginekologi Onkologi

2.1.1 Definisi Ginekologi Onkologi

Secara umum ginekologi adalah ilmu yang mempelajari kewanitaan. (science of women). Namun secara khusus adalah ilmu yang mempelajari dan

menangani kesehatan alat reproduksi wanita (organ kandungan yang terdiri atas rahim, vagina dan indung telur).⁵ Sedangkan Onkologi adalah ilmu tentang neoplasma (tumor).⁵

2.1.2 Klasifikasi Ginekologi Onkologi

Tumor dan kanker dapat mengenai semua organ reproduksi wanita mencakup yaitu :²

- Vagina
- Vulva
- Serviks
- Endometrium
- Ovarium
- Tuba Fallopi

- Penyakit trofoblas gestasional, terdiri dari :
 - Mola hidatidosa
 - Mola invasif
 - Koriokarsinoma
 - Tumor trofoblastik plasental site (PSTT)

2.1.3 Komplikasi Ginekologi Onkologi

Neoplasma dapat berpotensi terjadi komplikasi, antara lain :

- Anemia

Anemia didefinisikan sebagai konsentrasi hemoglobin dalam darah kurang dari 13,5 g/dl pada laki laki dewasa dan kurang dari 11,5 g/dl pada wanita dewasa.² Anemia akut yang disebabkan oleh karena kehilangan darah sering dijumpai pada kasus – kasus ginekologi antara lain perdarahan pada saat operasi serta perdarahan akut pada penyakit kanker ginekologi. Anemia kronis sering dijumpai pada penderita kanker ginekologi sebelum atau selama pengobatan kemoterapi atau radiasi.

- Gagal ginjal

Merupakan suatu keadaan dimana ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regularnya.² Gagal ginjal dapat bersifat akut maupun kronik.

- Asites

Asites adalah suatu keadaan kelebihan cairan didalam rongga peritoneal.² Asites juga berhubungan dengan keganasan yang sudah parah dan menandakan prognosis yang kurang baik.

- Efusi pleura

Efusi pleura adalah suatu keadaan terkumpulnya cairan di rongga pleura yang merupakan kelainan sekunder.² Terdapatnya sel-sel malignan di dalam cairan pleura menandakan adanya penyebaran atau penyakit yang lanjut.

- Syok

Didefinisikan sebagai sindroma klinik akut yang ditandai dengan hipoperfusi dan disfungsi berat pada organ vital, sebagai akibat gangguan umum akut pada sirkulasi kardiovaskuler.²

Klasifikasi syok berdasarkan penyebab yang mendasari :³

1. Syok hipovolemik : disebabkan oleh kehilangan volume akut sebesar \geq 20%-25% dari volume darah yang beredar.
2. Syok distributif : dikenali dari penurunan denyut vaskuler akibat vasodilatasi arterial, venous pooling, dan redistribusi aliran darah.
3. Syok kardiogenik : disebabkan oleh kegagalan utama dari jantung untuk menghasilkan cardiac output yang adekuat.
4. Syok obstruktif : dikaitkan dengan kesukaran mekanis pada arus balik vena / aliran arteri ke jantung. Penyebabnya antara lain tension pneumothorax, emboli pulmonal, pericardial tamponade, dan sindrom kompartement abdominal.

Sebab syok yang umum pada pengelolaan perioperatif keganasan ginekologi meliputi perdarahan (hipovolemik), sepsis (distributif), infark miokard pasca operasi (kardiogenik), dan emboli paru (obstruktif).

Pada keganasan stadium lanjut , adanya komplikasi penyakit ,serta pasca bedah operasi tumor sering mengakibatkan terjadinya keadaan gawat darurat bagi pasien Ginekologi Onkologi . Dalam kondisi kritis, gelisah, serta lemah, pasien harus segera mendapatkan perawatan intensif (ICU) di rumah sakit.

2.2 INTENSIVE CARE UNIT (ICU)

2.2.1 Definisi ICU

ICU adalah suatu tempat atau unit tersendiri di dalam rumah sakit, memiliki staf khusus, peralatan khusus ditujukan untuk menanggulangi pasien gawat karena penyakit, trauma atau komplikasi-komplikasi.⁶

Staf khusus adalah dokter, perawat terlatih atau berpengalaman dalam “intensive Care (perawatan/terapi intensif)” yang mampu memberikan pelayanan 24 jam; dokter ahli atau berpengalaman (intensivis) sebagai kepala ICU; tenaga ahli laboratorium diagnostik; teknisi alat-alat pemantauan, alat untuk menopang fungsi vital dan alat untuk prosedur diagnostik.⁶

2.2.2 Kemampuan Minimal *Intensif Care Unit* (ICU)⁷

Intensif Care Unit (ICU) memiliki kemampuan minimal, yaitu :

- Resusitasi jantung paru

- Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan penggunaan ventilator
- Terapi oksigen
- Pemantauan EKG terus menerus
- Pemasangan alat pacu jantung dalam keadaan gawat
- Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
- Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
- Pemakaian pompa infuse atau semprit untuk terapi secara titrasi
- Kemampuan melakukan teknik khusus sesuai dengan keadaan pasien
- Memberikan bantuan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat

2.2.3 Klasifikasi Pelayanan ICU ⁷

1. Pelayanan ICU Primer (Standar Minimal)

Pelayanan ICU primer mampu memberikan pengelolaan resusitatif segera untuk pasien sakit gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek, dan mempunyai peran penting dalam pemantauan dan pencegahan penyulit pada pasien medik dan bedah yang berisiko. Dalam ICU dilakukan ventilasi mekanik dan pemantauan kardiovaskuler sederhana selama beberapa jam.

2. Pelayanan ICU Sekunder (menengah)

Pelayanan ICU sekunder memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit yang lain yang telah digariskan, misalnya

kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskular dan lain-lainnya. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis lebih lama dan melakukan dukungan/bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks.

3. Pelayanan ICU tersier (tertinggi)

Pelayanan ICU tersier merupakan rujukan tertinggi untuk ICU, memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan/bantuan hidup multi-sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tak terbatas. ICU ini melakukan ventilasi mekanis, pelayanan dukungan/bantuan *renal* ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskular invasif dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medik. Semua pasien yang masuk ke dalam unit harus dirujuk untuk dikelola oleh spesialis *intensive care*.

2.2.4 Prosedur Pelayanan Perawatan/Terapi (ICU) ⁷

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU :

- Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari
- Memberikan bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan penatalaksanaan spesifik problema dasar
- Pemantauan fungsi vital tubuh terhadap komplikasi :
 - Penyakit

- Penatalaksanaan spesifik
- Sistem bantuan tubuh
- Pemantauan itu sendiri
- Penatalaksanaan untuk mencegah komplikasi akibat koma yang dalam, imobilitas berkepanjangan, stimulasi berlebihan dan kehilangan sensori
- Memberikan bantuan emosional terhadap pasien yang nyawanya pada saat itu bergantung pada fungsi alat/mesin dan orang lain

2.2.5 Indikasi Masuk dan Keluar *Intensif Care Unit (ICU)*⁷

Penentuan indikasi pasien masuk ke ICU dan keluar dari ICU serta pasien yang tidak dianjurkan untuk dirawat di ICU ditentukan berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Masuk

Pasien Prioritas 1 (Satu)

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti dukungan/bantuan ventilasi, infus obat-obat vasoaktif kontinu, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini antara lain pascabedah kardioraksik, atau pasien *shock septic*. Pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas ditinjau dari macam terapi yang diterimanya.

Pasien Prioritas 2 (Dua)

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari *Intensive Care Unit (ICU)*. Jenis pasien ini berisiko sehingga memerlukan terapi intensif segera, karenanya pemantaun intensif menggunakan metode seperti *pulmonary arterial*

catheter sangat menolong. Contoh jenis pasien ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung, paru, atau ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan major. Pasien prioritas 2 umumnya tidak terbatas macam terapi yang diterimanya mengingat kondisi mediknya senantiasa berubah.

Pasien Prioritas 3 (Tiga)

Pasien jenis ini sakit kritis, dan tidak stabil di mana status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, baik masing-masing atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan atau mendapat manfaat dari terapi di *Intensive Care Unit* (ICU). Contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastase disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade*, atau sumbatan jalan napas, atau pasien menderita penyakit jantung atau paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pasien-pasien prioritas 3 (tiga) mungkin mendapat terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, tetapi usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi kardiopulmoner.

2. Kriteria Keluar

Pasien Prioritas 1 (Satu)

Pasien prioritas 1 (satu) dikeluarkan dari *Intensive Care Unit* (ICU) bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, atau bila terapi telah gagal dan prognosis jangka pendek jelek dengan kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh hal terakhir adalah pasien

dengan tiga atau lebih gagal sistem organ yang tidak berespons terhadap pengelolaan agresif dan meninggal dunia.

Pasien Prioritas 2 (Dua)

Pasien prioritas 2 (dua) dikeluarkan bila kemungkinan untuk mendadak memerlukan terapi intensif telah berkurang.

Pasien Prioritas 3 (Tiga)

Pasien prioritas 3 (tiga) dikeluarkan dari *Intensive Care Unit* (ICU) bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contohnya adalah pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau liver terminal, karsinoma yang telah menyebar luas dan lain-lainnya yang telah tidak berespons terhadap terapi *Intensive Care Unit* (ICU) untuk penyakit akutnya, yang prognosis jangka pendeknya secara statistik rendah, dan yang tidak ada terapi yang potensial untuk memperbaiki prognosisnya.

3. Tidak Perlu Masuk ICU :

- Pasien yang telah dipastikan mengalami *brain death*, kecuali bila mereka potensial donor organ.
- Pasien-pasien yang menolak terapi tunjangan hidup.
- Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.

- Pasien yang secara fisiologis stabil yang secara statistik risikonya rendah untuk memerlukan terapi *Intensive Care Unit* (ICU). Contoh pasien kelompok ini antara lain, pasien pascabedah vaskuler yang stabil, pasien *diabetic ketoacidosis* tanpa komplikasi, keracunan obat tetapi sadar, *concussion*, atau payah jantung kongestif ringan.

2.2.6 Kontinuitas Pelayanan ICU ⁷

Untuk efektivitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan ICU, maka perlu dikembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (*High Care Unit = HCU*). HCU fungsi utamanya menjadi unit perawatan-antara bangsal rawat dan ICU. Di HCU tidak diperlukan peralatan canggih seperti ICU, yang diperlukan utamanya adalah kewaspadaan yang lebih tinggi.

2.3 HIGH CARE UNIT (HCU)

2.3.1 Definisi HCU

High care unit (HCU) adalah unit pelayanan rumah sakit bagi pasien dengan kondisi stabil dari fungsi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran namun masih memerlukan pengobatan, perawatan dan pemantauan secara ketat Tujuannya ialah agar bisa diketahui secara dini perubahan yang membahayakan, hingga bisa dengan segera dipindah ke ICU untuk dikelola lebih baik lagi.⁸

2.3.2 Tipe HCU ⁸

1. Separated / conventional / reestanding HCU adalah HCU yang berdiri sendiri (independen) terpisah dari ICU
2. Integrated ICU adalah HCU yang menjadi satu dengan ICU
3. Paralel HCU adalah HCU yang terletak berdekatan (bersebelahan) dengan ICU.

2.3.3 Pelayanan HCU

Pelayanan HCU adalah tindakan medis yang dilaksanakan melalui pendekatan multi disiplin yang dipimpin oleh dokter spesialis yang telah mengikuti pelatihan dasar-dasar ICU. anggota tim terdiri dari dokter spesialis dan dokter serta perawat yang bekerja secara interdisiplin dengan fokus pelayanan pengutamaan pada pasien yang membutuhkan pengobatan, perawatan dan pemantauan secara ketat sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku di rumah sakit.⁸

Ruang lingkup pemantauan yang harus dilakukan antara lain:⁸

- a. Tingkat kesadaran
- b. Fungsi pernapasan dan sirkulasi dengan interval waktu minimal empat jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien
- c. Oksigen dengan menggunakan oksimeter secara terus menerus
- d. Keseimbangan cairan dengan interval waktu minimal delapan jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien

Tindakan medik dan asuhan keperawatan yang dilakukan:⁸

a. Bantuan Hidup Dasar/ Basic Life support (BHD/ BLS) dan Bantuan Hidup Lanjut Advanced Life Support(BHD/ALS)

- Jalan nafas (Airway) : membebaskan jalan nafas, bila perlu menggunakan alat bantu jalan nafas seperti oropharingeal airway, nasopharingeal tube, Laringeal Mask Airway (LMA), atau pemasangan endotracheal tube. Dokter HCU harus mampu melakukan intubasi endotrakea bila diindikasikan dan segera memindahkan atau merujuk pasien ke ICU.
- Pernafasan /ventilais (Breathing), Mampu melakukan bantuan nafas (breathing support) dengan bag-mask-valve
- Sirkulasi (Circulation) resusitasi cairan tindakan defibrilasi, tindakan kompresi jantung luar

b. Terapi oksigen

Memberikan oksigen sesuai dengan kebutuhan pasien dengan berbagai alat pengalir oksigen, seperti: kanul nasal, sungkup muka sederhana, sungkup muka dengan reservoir, sungkup muka dengan katup dan sebagainya.

c. Penggunaan obat-obatan untuk pemeliharaan stabilisasi (obat inotropik, obat anti nyeri, obat aritmia jantung, obat vasoaktif, dan lain-lain).

d. Nutris enteral atau parenteral campuran

e. Fisioterapi sesuai dengan keadaan pasien

f. Evaluasi seluruh tindakan yang telah diberikan

2.3.4 Ketenagaan

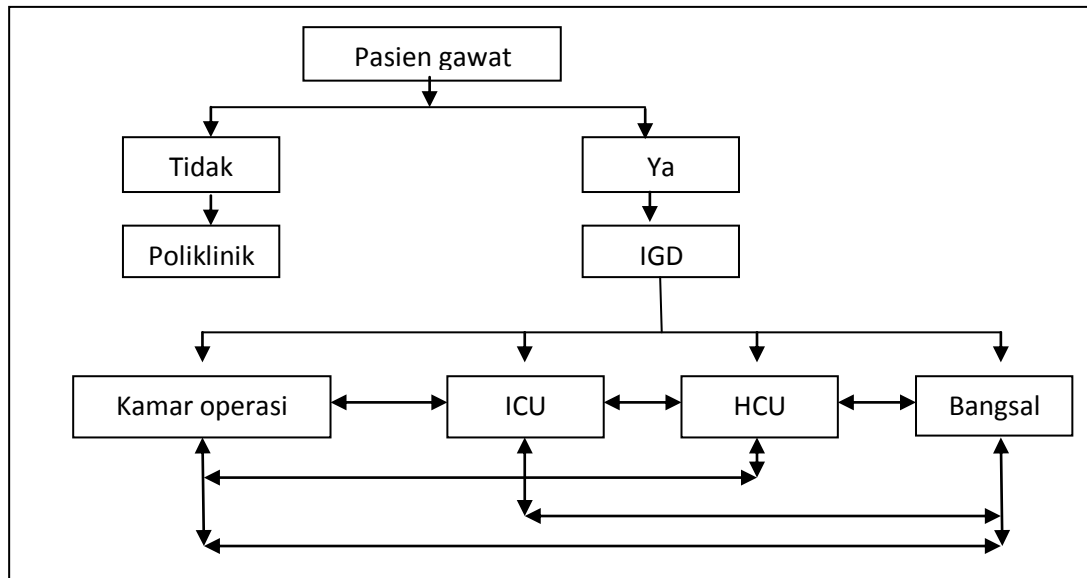
Tenaga yang terlibat dalam pelayanan HCU terdiri dari tenaga dokter spesialis, dokter dan perawat. Tenaga tersebut melaksanakan pelayanan HCU sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang diatur oleh masing-masing rumah sakit.⁸

2.3.5 Indikasi Masuk dan Keluar HCU⁸

Penentuan indikasi pasien masuk ke HCU dan keluar dari HCU serta pasien yang tidak dianjurkan untuk dirawat di HCU ditentukan berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Indikasi masuk
 - a. Pasien gagal organ yang berpotensi mempunyai resiko tinggi untuk terjadi komplikasi dan tidak memerlukan monitor dan alat bantu invasif
 - b. Pasien yang memerlukan perawatan dan pengawasan perioperatif.
2. Indikasi keluar
 - a. Pasien yang tidak lagi membutuhkan pemantauan yang ketat
 - b. Pasien yang cenderung memburuk dan/atau memerlukan pemantauan dan alat bantu invasif sehingga perlu pindah ke ICU
3. Yang tidak perlu masuk HCU
 - a. Pasien dengan fase terminal suatu penyakit (seperti : kanker stadium akhir).
 - b. Pasien / keluarga yang menolak untuk dirawat di HCU (atas dasar “*inform consent*”)

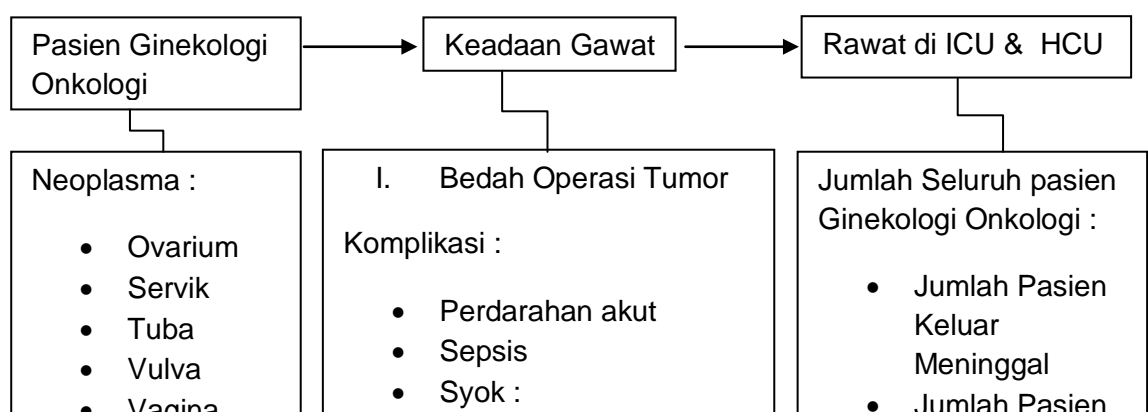
2.3.6 Alur Pelayanan *High Care Unit* (HCU) dan *Intensif Care Unit* (ICU).⁸

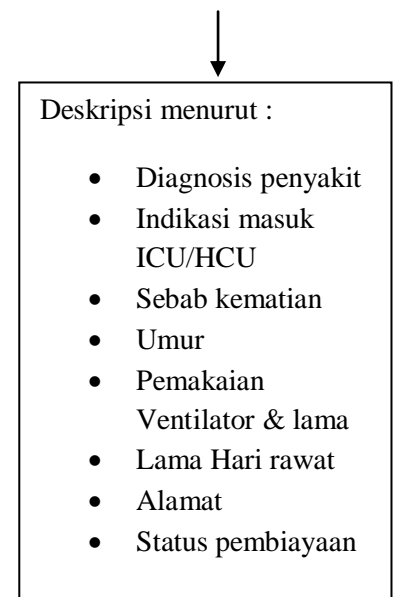


BAB III

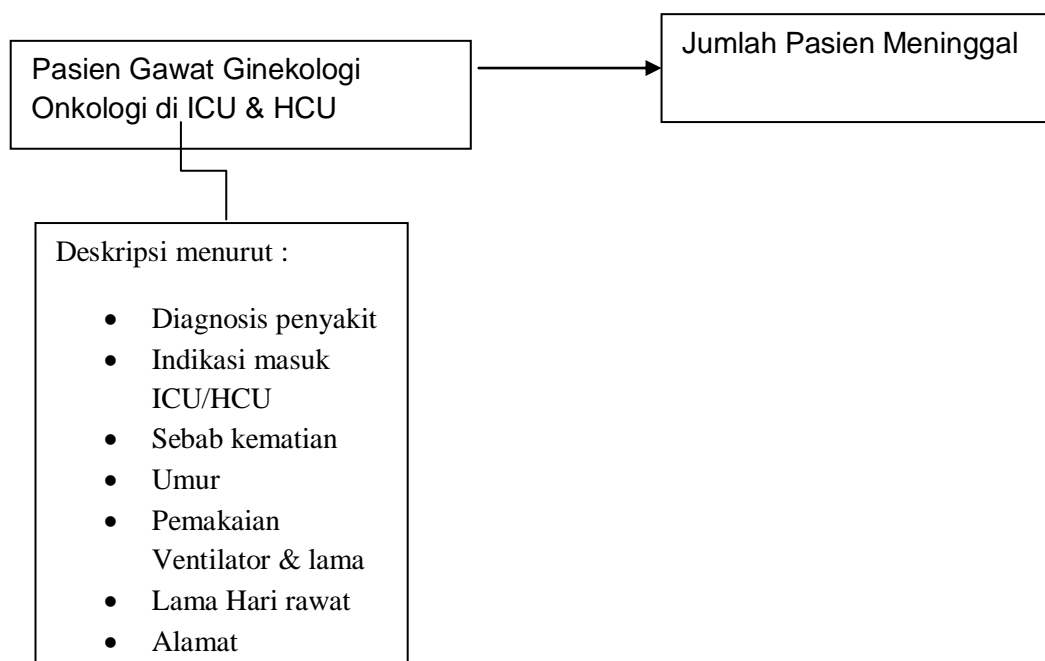
KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Teori





3.2 Kerangka Konsep



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Ruang Lingkup Penelitian

4.1.1 Ruang lingkup keilmuan

Disiplin ilmu yang terkait dengan penelitian ini meliputi Ilmu Anestesiologi dan Ginekologi Onkologi

4.1.2 Ruang lingkup tempat

Penelitian ini dilakukan di ruang Intensive Care Unit (ICU) dan High Care Unit (HCU) RSUP Dr.Kariadi Semarang.

4.1.3 Ruang lingkup waktu

Penelitian dimulai langsung setelah proposal disetujui dan berlangsung selama 4-12 minggu

4.2 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan data sekunder dari rekam medik. Pada penelitian ini dipakai Penelitian deskriptif karena ingin didapatkan deskripsi atau gambaran mengenai fenomena penelitian. Jenis penelitian ini adalah penelitian *Observasional*. Pada studi Observasional, peneliti tidak melakukan intervensi terhadap subjek penelitian.

4.3 Metode dan Sample Penelitian

4.3.1 Populasi Target

Pasien Ginekologi Onkologi yang dirawat di ICU dan HCU RSUP Dr.Kariadi Semarang

4.3.2 Populasi Terjangkau

Pasien Ginekologi Onkologi yang dirawat di ICU dan HCU RSUP Dr.Kariadi Semarang Periode Februari 2010 – Februari 2012.

4.3.3 Data

Data dalam penelitian ini diambil dari semua pasien ginekologi onkologi yang dirawat di ICU dan HCU RSUP Dr.Karyadi Semarang (tanpa memakai rumus khusus untuk mencari sample karena penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang hanya menghitung jumlah persentase ibu yang meninggal dalam 2 tahun).

4.4 Prosedur penelitian

4.4.1 Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang meliputi no.CM, nama pasien, umur, alamat kota atau kabupaten ,indikasi masuk, diagnosa penyakit, penggunaan Ventilator,APACHE score tanggal masuk, tanggal keluar, lama hari perawatan, status pembiayaan dan status keluar.

4.4.2 Cara pengumpulan data

Data sekunder diambil dengan melihat data di rekam medik dan data yang tersedia di ICU dan HCU RSUP Dr.Kariadi Semarang.

4.5 Cara Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data digunakan dengan menggunakan komputer dengan program microsoft office excel. Pengolahan data dilakukan dengan empat tahap, yaitu:

1. Pemasukan Data (entry)

Pemasukan data agar dapat dilakukan analisa.

2. Tabulasi Data

Memasukkan data ke tabel yang telah disediakan untuk memudahkan analisa data.

3. Pengeditan Data

Bertujuan untuk mengoreksi data, meliputi kebenaran dan kelengkapan pencatatan.

4. Penghitungan Data

Penghitungan data adalah merupakan tahap akhir dalam penelitian. Yang hasilnya dapat untuk ditarik kesimpulan yang bermakna.

4.6 Definisi Operasional

- **Indikasi Masuk**

Dalam penelitian ini maksudnya adalah sesuatu yang menyebabkan pasien dirawat di ICU/HCU RSUP dr. Kariadi Semarang

- **Diagnosa penyakit**

Kesimpulan dari dokter yang didapatkan dari berbagai tanda dan gejala dari suatu penyakit. Dan hal yang menyebabkan pasien dirawat di rumah sakit.

- **Umur**

Adalah jumlah tahun kehidupan yang dijalani pasien dihitung sejak lahir sampai pasien keluar dari HCU/ICU, dan di penelitian ini dibagi dalam 5 kelompok umur. Yaitu < 21 tahun, 21-30 tahun, 31-40 tahun, 41-50 tahun, >50 tahun

- Alamat

Di dalam penelitian ini alamat pasien adalah asal dari pasien yang meliputi kota Semarang ataupun luar kota Semarang.

- Lama pemakaian Ventilator

Pada penelitian ini dihitung jumlah hari pemakaian ventilator. Yaitu ditetapkan dengan kategori ≤ 2 hari dan > 2 hari.

- Ventilator

Suatu alat yang digunakan untuk membantu sebagian atau seluruh proses ventilasi untuk mempertahankan oksigenasi. Indikasi pemasangan ventilator yaitu pasien dengan respiratory failure (gagal nafas, pasien dengan operasi teknik hemodelusi, post trepanasi dengan black out, dan respiratory arrest)

- Lama Hari perawatan

Jumlah hari perawatan pasien di ruang HCU/ICU RSUP dr Kariadi Semarang. Dan di penelitian ini dibagi 2 yaitu, ≤ 2 hari dan > 2 hari.

- Status pembiayaan

Sumber biaya yang digunakan pasien maupun keluarga pasien untuk keperluan kesehatannya. Ada beberapa sumber yaitu dari biaya pribadi, pemerintah, swasta.

BAB V

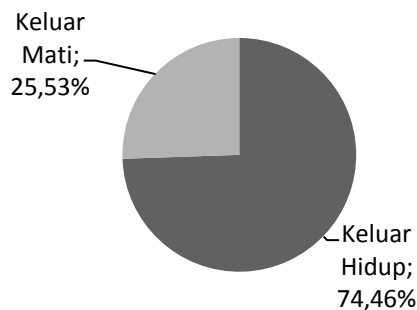
HASIL PENELITIAN

Berdasarkan catatan medik di RSUP Dr. Karyadi Semarang pada periode Februari 2010 – Februari 2012 didapatkan 47 kasus ginekologi onkologi yang dirawat di HCU / ICU. Dari sejumlah tersebut 35 orang keluar hidup dan 12

orang keluar meninggal dunia. Dari 10 pasien tersebut dinyatakan meninggal dengan penyebab langsung kematian adalah sepsis.

Tabel 1. Distribusi umum pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012

	Keluar Hidup	Keluar Mati	Jumlah Total
Jumlah Pasien	35 (74,46%)	12 (25,53%)	47 (100%)



Grafik 1. Distribusi umum jumlah pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012

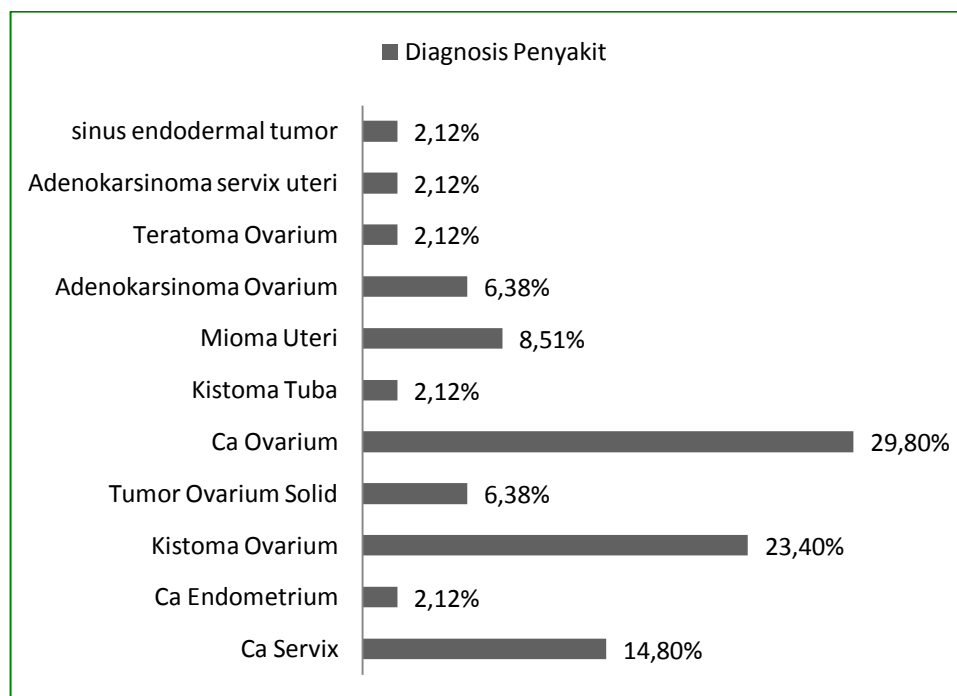
5.1 Deskripsi pasien Ginekologi Onkologi di HCU/ICU berdasarkan Diagnosis penyakit.

Berdasarkan diagnosis penyakit , selama periode februari 2010 – februari 2012 di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang didapatkan pasien kasus ginekologi onkologi dengan distribusi sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi pasien ginekologi onkologi menurut diagnosis penyakit di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012

Diagnosis Penyakit	Jumlah Pasien	Hidup	Mati
--------------------	---------------	-------	------

Ca Servix	7 (14,8%)	6	1
Ca Endometrium	1 (2,12%)	-	1
Kistoma Ovarium	11 (23,4%)	7	4
Tumor Ovarium Solid	3 (6,38%)	2	1
Ca Ovarium	14 (29,8%)	9	5
Kistoma Tuba	1 (2,12%)	1	-
Mioma Uteri	4 (8,51%)	4	-
Adenokarsinoma Ovarium	3 (6,38%)	3	-
Teratoma Ovarium	1 (2,12%)	1	-
Sinus Endodermal Tumor	1 (2,12%)	1	-
Adenokarsinoma servix uteri	1 (2,12%)	1	-
Total	47 (100%)		



Grafik 2. Distribusi pasien ginekologi onkologi menurut diagnosis penyakit di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang yang terbanyak yaitu dengan diagnosis penyakitnya adalah Ca ovarii. Dengan jumlah pasien sebanyak 14 orang (29,80%) , yang terdiri atas 9 orang yang hidup dan 5 orang yang meninggal dunia .

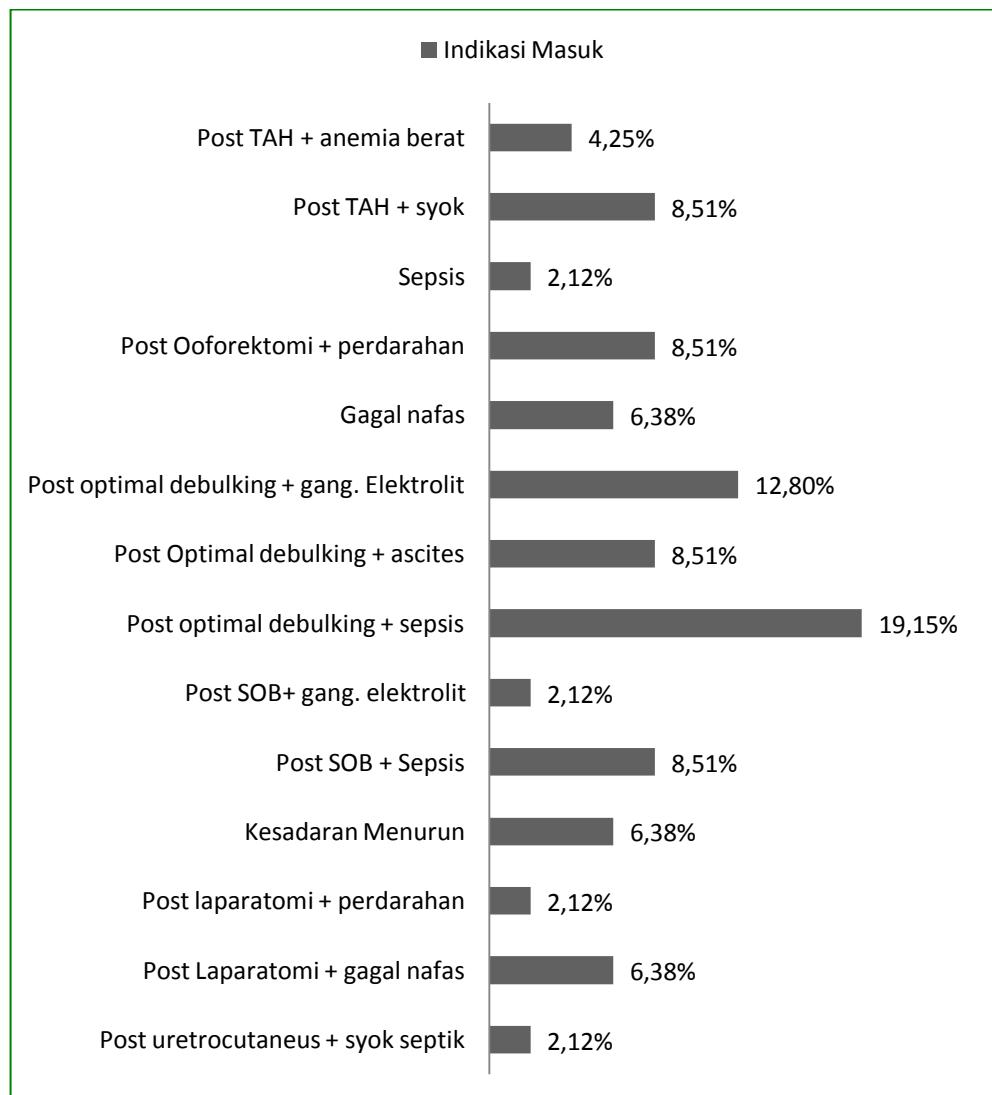
5.2 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan indikasi masuk

Berdasarkan indikasi masuknya, pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

Tabel 3. Distribusi pasien ginekologi onkologi menurut indikasi penyakit di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012

Indikasi Masuk	Jumlah Pasien	Hidup	Mati
Post Operasi repair uretrocutaneus + syok septik	1 (2,12%)	1	-
Post Laparatomi + gagal nafas	3 (6,38%)	1	2
Post laparatomi + perdarahan	1 (2,12%)	1	-
Kesadaran Menurun	3 (6,38%)	1	2
Post SOB + Sepsis	4 (8,51%)	1	3
Post SOB+ gang. elektrolit	1 (2,12%)	1	-

Post optimal debulking + sepsis	9 (19,15%)	6	3
Post Optimal debulking + ascites	4 (8,15%)	4	-
Post optimal debulking + gang. Elektrolit	6 (12,8%)	6	-
Gagal nafas	3 (6,38%)	2	1
Post Ooforektomi + perdarahan	4 (8,51%)	3	1
Sepsis	1 (2,12%)	1	
Post TAH + syok	4 (8,51%)	4	-
Post TAH + anemia berat	2 (4,25%)	2	-
Total	47 (100%)		



Grafik 3. Distribusi pasien ginekologi onkologi menurut indikasi penyakit di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012

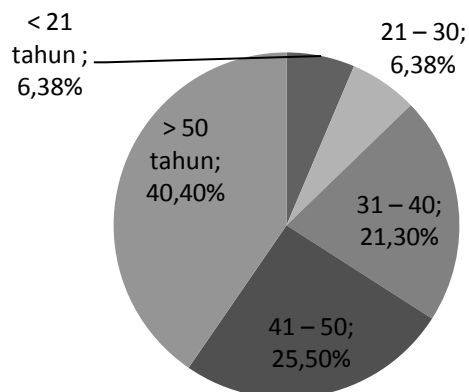
Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang yang terbanyak yaitu dengan indikasi masuk HCU/ICU adalah post operasi optimal debulking dengan sepsis. Dengan jumlah pasien sebanyak 9 orang (19,15%) , yang terdiri atas 6 orang yang hidup dan 3 orang yang meninggal dunia .

5.3 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan umur

Pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 dengan jumlah totalnya adalah 47 orang di distribusikan berdasarkan umur, dapat dideskripsikan kedalam tabel dibawah ini:

Tabel 4. Distribusi pasien ginekologi onkologi menurut umur di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012

Umur	Jumlah Pasien	Hidup	Mati
< 21 tahun	3 (6,38%)	1	2
21 – 30	3 (6,38%)	3	-
31 – 40	10 (21,3%)	8	2
41 – 50	12 (25,5%)	10	2
> 50 tahun	19 (40,4%)	13	6
Total	47 (100%)		



Grafik 4. Distribusi pasien ginekologi onkologi menurut umur di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012.

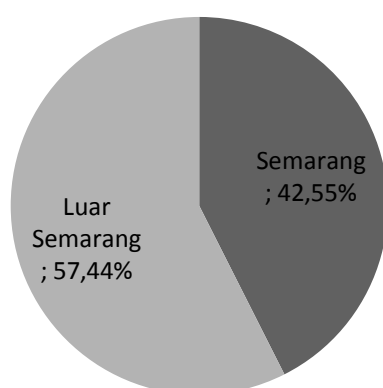
Dari tabel 4 dapat dilihat bahwa distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang yang terbanyak adalah berkisar pada umur >50 tahun, yaitu sebanyak 19 orang, yang terdiri dari pasien yang hidup sejumlah 13 orang dan pasien yang meninggal sejumlah 6 orang

5.4 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan alamat

Berdasarkan alamatnya , pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

Tabel 5. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan alamat asal.

Alamat	Jumlah Pasien	Hidup	Mati
Semarang	20 (42,55%)	16	4
Luar Semarang	27 (57,44%)	19	8
Total	47 (100%)		



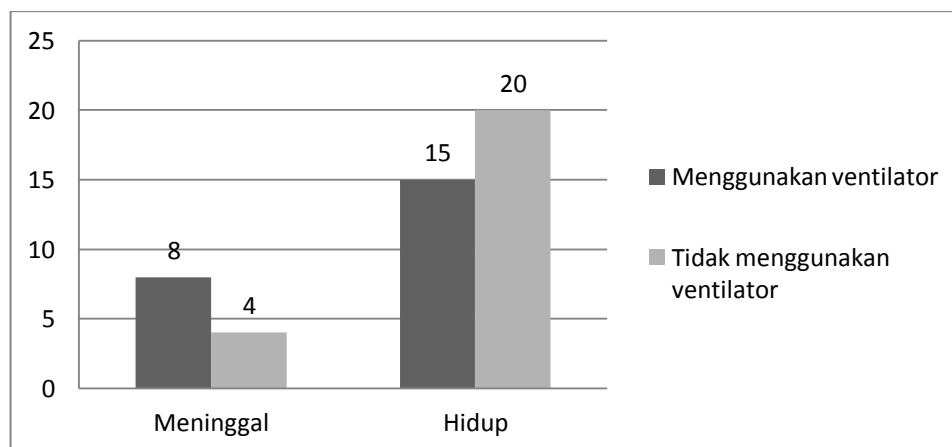
Grafik 5. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan alamat asal.

5.5 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan penggunaan ventilator

Berdasarkan penggunaan ventilator, pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

Tabel 6. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan penggunaan ventilator.

Pemakaian Ventilator	Jumlah Pasien	Hidup	Mati
Ya	23 (49%)	15	8
Tidak	24 (51%)	20	4
Total	47 (100%)		



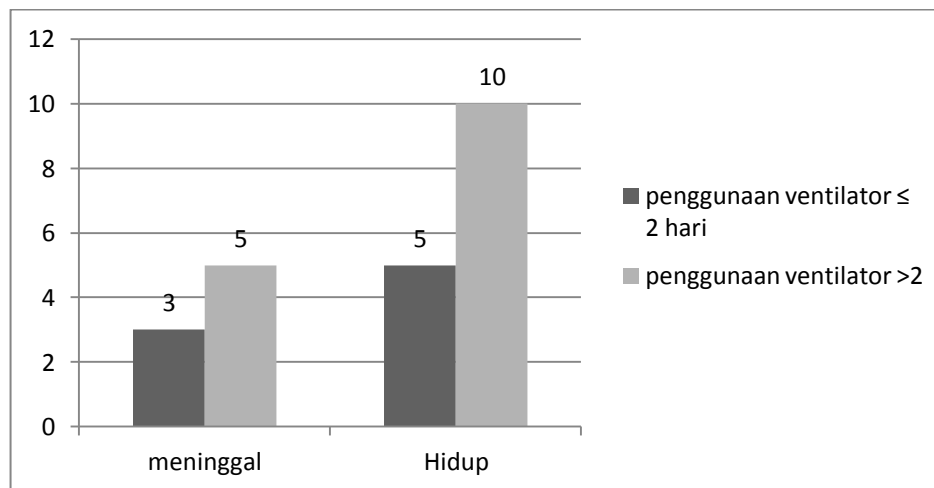
Grafik 6. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan penggunaan ventilator.

5.6 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan lama penggunaan ventilator

Dilihat dari lama penggunaan ventilator, pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

Tabel 7. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama penggunaan ventilator

Lama Ventilator	Jumlah Pasien	Hidup	Mati
≤ 2 hari	8 (34,8%)	5	3
> 2 hari	15 (65,2%)	10	5
Total	23 (100%)		



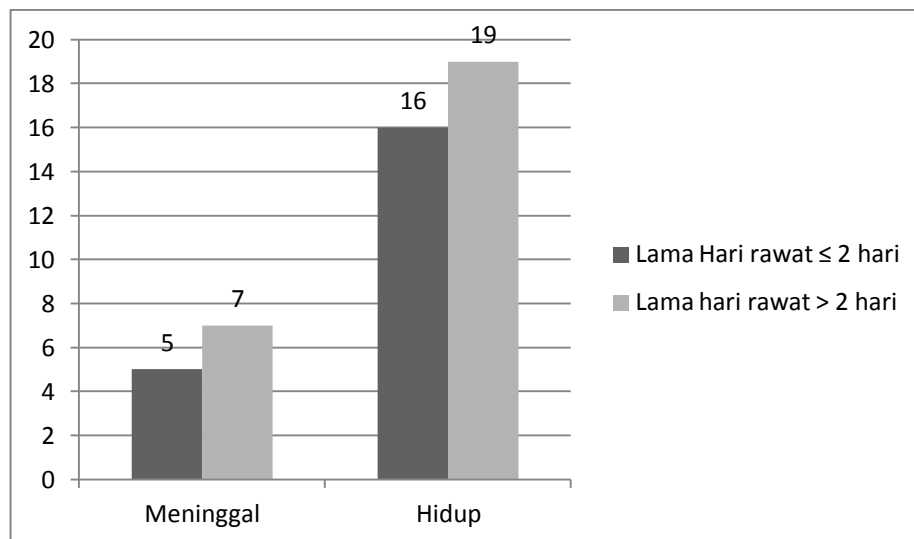
Grafik 7. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama penggunaan ventilator

5.7 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan lama hari rawat

Berdasarkan lama hari perawatan, pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

Tabel 8. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama hari rawat.

Lama Hari Rawat	Jumlah Pasien	Hidup	Mati
≤ 2 hari	21 (44,7%)	16	5
>2 hari	26 (55,3%)	19	7
Total	47 (100%)		



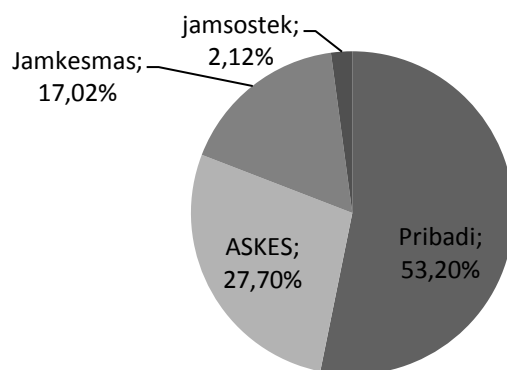
Grafik 8. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama hari rawat.

5.8 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan jenis pembiayaan

Berdasarkan jenis pembiayaannya , pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

Tabel 9. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan jenis pembiayaan.

Status Biaya	Jumlah pasien	Hidup	Mati
Pribadi	25 (53,2%)	18	7
ASKES	13 (27,7)	10	3
Jamkesmas	8 (17,02%)	6	2
jamsostek	1 (2,12%)	1	0
Total	47 (100%)		

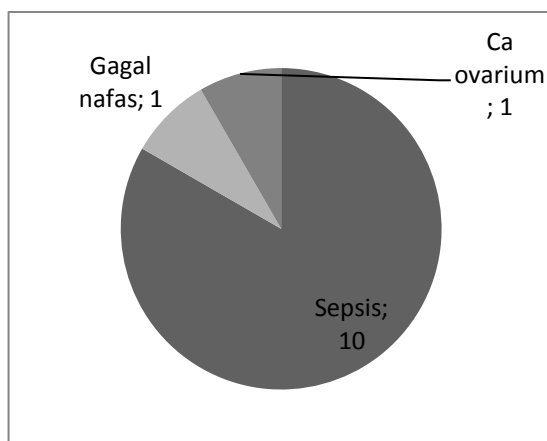


Grafik 9. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan jenis pembiayaan.

Dari tabel diatas, dapat dilihat dari jenis pembiayaan, Ternyata pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP Dr Karyadi Semarang selama periode februari 2010 - februari 2012 terbanyak jumlahnya yaitu memakai biaya pribadi sebanyak 25 orang (53,2%), yang terdiri dari 18 pasien keluar hidup dan 7 pasien sisanya meninggal dunia.

5.9 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan penyebab kematian

Berdasarkan penyebab kematian pada pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:



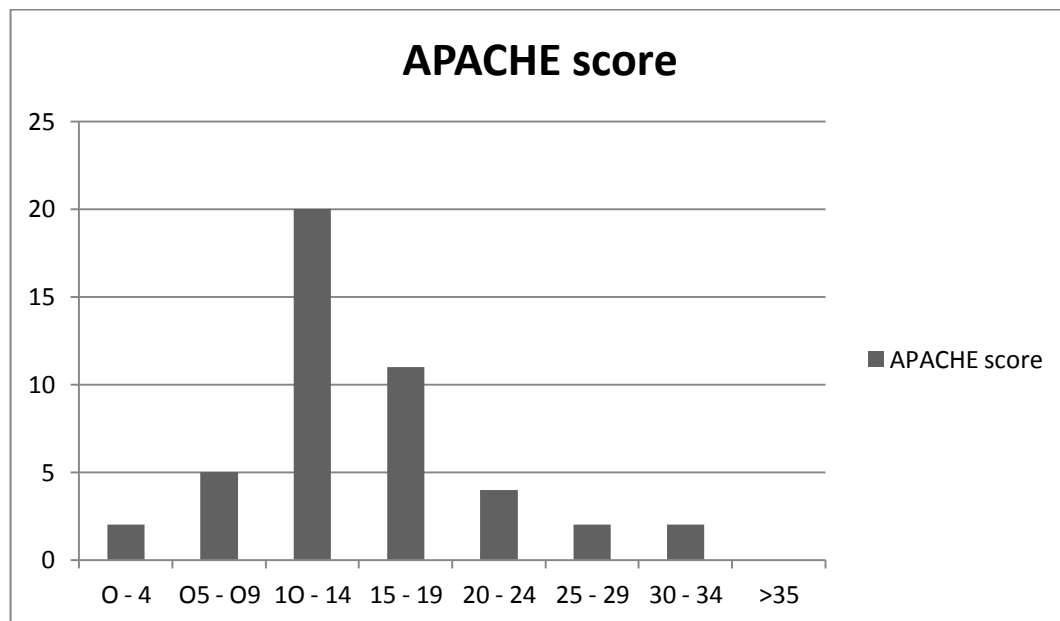
Grafik 10. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan penyebab kematian.

5.10 Deskripsi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU berdasarkan APACHE score.

Berdasarkan penyebab kematian pada pasien ginekologi onkologi yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

Tabel 10. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan APACHE score

APACHE score	Jumlah	Hidup	Mati
0 – 4	2	2	-
5 – 9	5	5	-
10 – 14	20	17	3
15 – 19	11	8	3
20 – 24	4	2	2
25 – 29	2	1	1
30 – 34	3	-	3
≥ 35	-	-	-
Jumlah	47	35	12



Grafik 11. Distribusi pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan APACHE score

BAB VI

PEMBAHASAN

Berdasarkan catatan medik di RSUP Dr. Karyadi Semarang pada periode Februari 2010 – Februari 2012 didapatkan 47 kasus ginekologi onkologi yang dirawat di HCU / ICU. Dari sejumlah tersebut didapatkan 35 orang yang keluar hidup dan 12 orang keluar meninggal dunia. Dan 10 pasien dinyatakan meninggal dunia dengan sebab langsung kematiannya adalah sepsis. Jika di persentase kan, didapatkan yang meninggal dunia adalah 25,53% . Ini merupakan angka kematian ibu kategori pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012.

Hasil persentase jumlah kematian diatas jika dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan RS. Dr Cipto Mangunkusumo (RSCM) selama dua tahun yaitu pada tahun 1987 – 1989 menunjukkan hasil yang jauh lebih tinggi yaitu sebesar 46,41% angka mortalitas kasus ginekologi onkologi.¹¹

Kanker serviks sampai saat ini masih menduduki tempat pertama dalam urutan keganasan pada wanita di Indonesia. Di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSCM selama tahun 1986-1990 di peroleh penderita kanker ginekologi sebanyak 2360 kasus dan kanker serviks merupakan kanker terbanyak yaitu 77.2% atau 1821 kasus.¹² Namun didapatkan hasil yang berbeda pada penelitian di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 yaitu didapat bahwa pasien ginekologi onkologi yang terbanyak adalah dengan

diagnosis penyakitnya Ca ovarium. Dengan jumlah pasien sebanyak 14 orang (29,80%) , yang terdiri atas 9 orang yang hidup dan 5 orang yang meninggal dunia

Angka mortalitas Ca ovarium sebesar 41,67% dari seluruh kasus mortalitas Ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012. Jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh RS. Dr Cipto Mangunkusumo (RSCM) selama dua tahun yaitu pada tahun 1987 – 1989 menunjukkan hasil yang jauh lebih rendah yaitu sebesar 24,1% dari seluruh angka mortalitas kasus ginekologi onkologi di RS tersebut.¹¹

Angka kematian Ca ovarium yang tinggi antara lain karena diagnosis dini yang sulit, karena pada stadium dini gejala – gejala kanker ovarium tidak khas, dan lebih dari 70% penderita Ca ovarium sudah dalam stadium lanjut.¹³

Pendistribusian pasien berdasarkan umur, dapat dilihat bahwa pasien yang terbanyak adalah berkisar pada umur >50 tahun, yaitu sebanyak 19 orang (40,4%), dengan pasien keluar mati terbanyak yaitu sejumlah 6 orang.

Kasus onkologi ginekologi pada umumnya didapatkan pada wanita usia tua, jarang pada usia muda. Hal ini dapat dilihat juga pada penelitian Berek, dkk menemukan bahwa tingkat kelangsungan hidup 5 tahun pada usia dibawah 50 tahun sebesar 40%, dibandingkan 15% pada usia di atas 50 tahun.¹⁴

Mewakili dari kasus ginekologi onkologi diatas bahwa sebagian besar kasus kejadian dan kematian dari kanker servik terjadi pada kelompok umur 45-54 tahun dengan Age Spesific Death Rate (ASDR) 29,05 per 100.000 perempuan (Parkin et al., 2002). Dan pada penelitian di RSCM didapat insidens kanker

serviks meningkat sejak usia 25-34 tahun dan menunjukkan puncaknya pada usia 35-44 tahun, dan 45- 54 tahun di Indonesia.¹⁵ Laporan FIGO pada tahun 1998 juga menunjukkan bahwa kelompok usia 30-39 tahun dan 60-69 tahun terbagi sama banyaknya. Dan hal diatas hampir sesuai dengan hasil yang didapat pada penelitian yang tercantum pada tabel 4 berdasarkan distribusi umur.

Berdasarkan distribusi menurut indikasi masuk terbanyak adalah post operasi optimal debulking dengan sepsis. Dengan jumlah pasien sebanyak 9 orang (19,15%) , yang terdiri atas 6 orang yang hidup dan 3 orang yang meninggal dunia . Kebanyakan untuk kasus ginekologi onkologi yang didapat yaitu konsul dan penatalaksanaan pasien post operasi tumor dengan komplikasi pasca operasi atau komplikasi dari penyakitnya sendiri.

Kasus ginekologi onkologi di ICU/HCU memang didapatkan jumlah yang minimal dibandingkan kasus lain seperti misalnya Pneumonia yang merupakan salah satu terbanyak dijumpai mengalami severe community acquired pneumonia (SCAP) sebagai penyebab masuk ke intensive care unit (ICU). Karena intensive care memiliki ketentuan untuk indikasi masuk , keluar , serta yang tidak perlu masuk.

Dalam kasus ini adapun ketentuan indikasi masuknya antara lain contohnya yaitu pada pasien ginekologi onkologi dengan pasca bedah besar dan luas, pasien dengan tumor ganas metastasis dengan komplikasi (infeksi, tamponade jantung, sumbatan jalan napas). Sedangkan untuk pasien dengan karsinoma stadium akhir yang secara medis tidak ada harapan dapat disembuhkan lagi tidak masuk dalam indikasi masuk di perawatan intensif care.

Dalam penelitian hasil yang di dapat kebanyakan pasien post operasi dengan komplikasi. Pada pasien tersebut salah satu tanda vital yang dimonitor adalah pernapasan. Karena pada pasien surgical ,pernapasan sering kali mengalami gangguan yang mengakibatkan berbagai macam komplikasi hingga kematian, sehingga memerlukan pengawasan dan penanganan yang intensif dan adekuat. Dalam hal ini kita menggunakan alat bantu berupa ventilator.

Distribusi pasien berdasarkan penggunaan ventilator didapat yang tidak menggunakan ventilator , yaitu sejumlah 24 orang (51%) dan yang memakai sebesar 23 pasien (49%). Dan pasien terbanyak yang meninggal yaitu menggunakan ventilator sejumlah 8 orang. .

Berdasarkan data yang diperoleh, didapatkan terbanyak rata-rata lama penggunaan ventilator dan jumlah pasien yang meninggal pada pasien ginekologi onkologi di ICU RS Dr.Kariadi adalah penggunaan ventilator > 2 hari (65,2%) dengan 5 orang dinyatakan meninggal.

Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa pasien meninggal terbanyak adalah yang menggunakan ventilator serta pasien yang lama penggunaan ventilatornya lama yaitu rata-rata > 2 hari. Hal ini dapat dihubungkan dengan resiko penggunaan ventilator. Ventilator memiliki risiko untuk timbulnya berbagai problem kesehatan yang memperburuk kesehatan penggunanya antara lain obstruksi jalan nafas, tension pneumotoraks, atelektase, infeksi pulmonal, dan lain sebagainya. Sehingga hal inilah yang mungkin menyebabkan sakit yang lama akan bertambah parah seperti terjadinya sepsis yang berakibat terjadinya

kematian. Oleh sebab itu, penggunaan ventilator memerlukan pengawasan dan penanganan yang intensif dan adekuat.

Lama hari perawatan didapatkan presentase terbanyak yang meninggal adalah yang lama hari rawat >2hari (55,3%) dengan 7 pasien meninggal. Tingginya angka kematian berdasarkan lama hari rawat dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain adalah dari segi pelayanan dan perawatan selama di intensive care, resiko infeksi nosokomial, serta kondisi dari pasien sendiri yang memburuk.

Berdasarkan alamatnya asalnya, didapat distribusi pasien dengan presentase yang hampir sama antara pasien asal Semarang (42,55%) dan Luar kota Semarang (57,44%). Meratanya distribusi pasien berdasarkan asal, hal ini menunjukkan bahwa RS Dr. Karyadi sebagai rumah sakit rujukan provinsi Jawa Tengah dan dikenal serta dipercaya sebagian besar masyarakat Jawa Tengah sebagai pusat pelayanan kesehatan.

Pasien ginekologi onkologi di HCU/ICU RSUP Dr Karyadi Semarang selama periode februari 2010 - februari 2012 hampir separuh pasien masih memakai biaya pribadi sebanyak 25 orang (53,2%), dengan terbanyak pasien keluar mati sejumlah 7 pasien. Hal ini menunjukkan bahwa masih kurangnya jaminan kesehatan dari pemerintah untuk masyarakat luas, seperti adanya fasilitas Jamkesmas, ASKES yang memudahkan dan meringankan pembiayaan kesehatan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Berdasarkan skor APACHE II, pada penelitian didapatkan terbanyak pada rentang Skor 10 – 14 dengan jumlah 20 orang (42,5%). Sistem skoring Acute

Physiology Chronic Health Evaluation (APACHE) telah didemonstrasikan untuk membuktikan keakuratan dan pengukuran yang memungkinkan terhadap beratnya penyakit pada pasien-pasien critically ill. Penilaiannya adalah apabila skor semakin tinggi maka berisiko tinggi mengalami penyakit yang lebih berat serta risiko tinggi kematian. Skore APACHE II mencatat nilai variabel, dalam 24 jam pertama masuk ICU, yaitu variabel suhu, mean arterial pressure, frekwensi napas, PO₂, pH arteri, natrium serum, kalium serum, kreatinin serum, Hb, leukosit, GCS, usia, status pembedahan (pembedahan emergensi /elektif, bukan pembedahan), yang dianalisa secara model regresi multipel logistik yang ditransformasikan skornya untuk memprediksi kemungkinan kematian.¹⁶

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

Berdasarkan catatan medik di RSUP Dr. Karyadi Semarang selama periode Februari 2010 – Februari 2012 didapatkan 47 kasus ginekologi onkologi yang dirawat di HCU / ICU. Dari sejumlah tersebut terdapat 35 orang (74,46%) yang keluar hidup dan 12 orang (25,53%) yang keluar dalam keadaan meninggal dunia. Dan 10 orang diantaranya meninggal dengan penyebab langsung yaitu sepsis.

7.2 SARAN

Adapun beberapa saran yang ingin kami berikan, antara lain:

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan untuk sebagai evaluasi dan perbaikan penanganan kasus ginekologi onkologi di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi Semarang.
2. Hasil penelitian ini dapat dipakai sebagai rujukan untuk penelitian yang berhubungan dengan penanganan kasus ginekologi onkologi.
3. Perbaikan sistem pencatatan rekam medik yang berguna untuk menunjang penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia (BAPPENAS) [Internet]. 2010 [cited 2011 Okt 24]. Available from: <http://ph-gmu.org/test/admisi/download/petajalan.pdf>
2. M. Farid Aziz, Andrijono dan Abdul Bari Saifuddin. Buku Acuan Nasional Ginekologi Onkologi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2006. hal 433-650.
3. Soenarjo, Heru Dwi Jatmiko. Anestesiologi. Semarang: IDSAI Jawa Tengah; 2010. hal 269-283.
4. Peranan Ruangan Perawatan Intensif (ICU) Dalam memberikan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit [Internet]. 2007 [cited 2011 Okt 26]. Available from: http://www.usu.ac.id/id/files/pidato/ppgb/2007/ppgb_2007_achsanuddin_hanafie.pdf
5. Dorland, W.A Newman. *Kamus Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC; 2002.
6. Petunjuk Teknis penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) Di Rumah Sakit. [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 1]. Available from: <http://www.perdici.org/wp-content/uploads/Pedoman-ICU.pdf>
7. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 1]. Available from: <http://www.scribd.com/doc/46894053/Pedoman-ICU>
8. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *High Care Unit* (HCU) di Rumah Sakit [serial online]. 2010 [cited 2011 Nov 1]. Available from: <http://kebijakankesehatanindonesia.net/sites/default/files/file/2011/kepmenkes/KMK%20No.%20834%20ttg%20High%20Care%20Unit.pdf>
9. Taber, Ben., Teddy Supriyadi dan Yohanes Gunawan. Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi . Jakarta : EGC; 1994.
10. Heller, Luz., Mochammad Martoprawiro. Gawat Darurat Ginekologi dan Obstetri. Jakarta :EGC; 1986.
11. Aziz MF. Surgical Staging of ovarian cancer, Indonesian Journal of oncology, Vol 2/2. 1990 :34-43.

12. Aziz MF, Ketahanan Hidup Penderita Kanker Serviks Uteri Di RSCM, Jakarta, MOGI, vol 21, No. 3 1997, hal 182-183.
13. Gershenson DM. Advances in the management of early stage epithelial ovarian cancer. In : Perry MC. Ed. : ASCO 37 th Annual Meeting Educational Book. ASCO. Alexandria,2001.
14. Berek JS. Ovarian cancer. Dalam: Berek JS, eds, Novak's Gynecology, 13th ed.Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia 2002;32:1245-307.
15. Aziz MF, Mangunkusumo R. Epidemiology cancer of the cervix. CME on Gynaecological Oncology. Jakarta: 28-29 September 2000.
16. The APACHE II Severity of Disease Classification System.[homepage on the Internet].No Date[Cited 2011 July 19]. Available from: www.medicalcriteria.com/site/index/apache.htm

FORM SURVEY PENELITIAN

Ruang perawatan *Intensif Care Unit* (ICU) & *High care Unit* (HCU)

DATA PASIEN

NO	KRITERIA	DATA
1	No. CM	
2	Nama	
3	Usia	
4	Alamat kota / kabupaten	Kota Semarang : Luar kota :
5	Indikasi Masuk	
6	Diagnosa penyakit	
7	Menggunakan Ventilator	<ul style="list-style-type: none">• Ya <input type="checkbox"/>• Tidak <input type="checkbox"/>
8	Lama penggunaan Ventilator	
9	APACHE score	
10	Tanggal masuk	
11	Tanggal keluar	
12	Lama hari perawatan	
13	Status pembiayaan	
14	Status keluar	Keluar hidup <ul style="list-style-type: none">• Sembuh <input type="checkbox"/>• Keluar paksa <input type="checkbox"/>
		Keluar mati <input type="checkbox"/>